

# Schweigepflichtentbindung



Sie möchten, dass Ihre betreuende Fachkraft oder Apotheke Ihre Ergebniswerte erhält und diese mit uns besprechen darf? Mit diesem Formular erteilen Sie uns die hierfür notwendige Freigabe.

## Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Daten und Befunden sowie zur Entbindung der Schweigepflicht

### Persönliche Daten:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wohnort

Vorgangsnummer (falls zur Hand)

### Meine betreuende Fachkraft / Apotheke:

(Name, Anschrift)

### Für gesetzliche Vertreter (falls zutreffend):

Vorname der Testperson

Nachname der Testperson

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass CENSA meinen Speichelhormontest-Befund (bzw. Befund meines Kindes), einschließlich des dazugehörigen Fragebogens, an meine betreuende Fachkraft übersendet.

Ich willige ein, dass die Datenübermittlung auch per verschlüsselter Email (SSL-Verschlüsselung) an die Fachkraft erfolgen kann. Mir ist bekannt, dass hiermit letztendliche Datensicherheit auch bei sensiblen Daten, wie medizinischen Daten, nicht vollständig gewährleistet werden kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an: Fax +49 (0) 9126 27 49 297 / [info@censa.de](mailto:info@censa.de)